

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina de Lisboa



Caracterização do Atendimento Urgente ao Doente Oncológico Paliativo

Bernardo Tomé Pinto Pereira

Orientador: Prof. Doutor Paulo Reis Pina

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

2018

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina de Lisboa



Caracterização do Atendimento Urgente ao Doente Oncológico Paliativo

Bernardo Tomé Pinto Pereira

Orientador: Prof. Doutor Paulo Reis Pina

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

2018

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 19 de junho de 2018.

Agradecimentos:

Ao meu orientador Prof. Paulo Pina, obrigado pela incansável paciência, constante apoio e incentivo em prosseguir este caminho tão divergente mas absolutamente complementar da área de trabalho que agora ocupo. Obrigado por nunca ter desistido de mim mesmo quando a esmagadora atividade clinica assistencial quase me fez pôr de lado este projeto.

A todos os docentes da FML com quem tive a oportunidade de aprender e crescer como pessoa e consequentemente como médico. Obrigado Prof. António Barbosa pela sua dedicação e contributo a esta área tão nobre da Medicina como o são os Cuidados Paliativos mas também pela sua “Joie de vivre” contagiante.

A todos os Mestres da arte que tive a sorte de encontrar no meu percurso, que me moldaram e que fazem parte do médico que sou hoje: Dr. Alcides Pereira, Dr. Villa de Brito, Dr^a Idalina, Dr. Espirito Santo, Dr. Armino Ramos, foram e continuam a ser uma inspiração.

E porque a vida pessoal é um pilar fundamental da nossa integridade, não quero deixar de tecer uma palavra de agradecimento a toda a minha Família, cujo altruísmo sempre fez parecer com que os sacrifícios pessoais fossem meras estrelas vistas de um telescópio. A minha excecional esposa pela compreensão e amor que alimenta a minha alegria de viver e por fim ao nosso filho por nascer pela alegria que já me deu. A todos os meus amigos que são irmãos e colegas que me são próximos; não me alongarei porque são demasiados e felizmente tenho a sorte de vos poder agradecer todos os dias.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que segui e tratei, também eles mestres alheios por vezes à sua sublime condição humana e que tanto me ensinaram e ensinam; pela experiencia de vida acumulada sinto-me verdadeiramente privilegiado pois numa vida já vivi muitas mais. Obrigado.

Índice Geral:

Resumos _____	Pag.1
Título _____	Pag.3
Abreviaturas _____	Pag.4
Preâmbulo _____	Pag.5
1. Introdução _____	Pag.6
2. Etapas do Processo de Investigação _____	Pag.8
1. Formulação da pergunta de Investigação _____	Pag.8
2. Objetivo principal de Investigação _____	Pag.8
3. Objetivos secundários da Investigação _____	Pag.8
3. Metodologia _____	Pag.9
1. Tipo de estudo _____	Pag.9
2. Fonte de dados _____	Pag.9
3. Amostra _____	Pag.9
4. Principais variáveis recolhidas _____	Pag.10
5. Instrumentos de medida, recolha e tratamento de dados _____	Pag.10
6. Estatística _____	Pag.11
4. Resultados _____	Pag.12
1. Estatística Descritiva _____	Pag.12
1.Caracterização da amostra _____	Pag.12
2.Análise de frequências _____	Pag.13
1. Local primário da Neoplasia _____	Pag.13
2. Estadio _____	Pag.14
3. Transporte _____	Pag.14
4. Episódios de atendimento urgente _____	Pag.15
5. Admissão no Serviço de Urgência _____	Pag.15
6. Diagnósticos à entrada _____	Pag.17
7. Diagnósticos de saída _____	Pag.18
8. Atitudes terapêuticas _____	Pag.19
9. Local do óbito _____	Pag.20
10. Tempo de Internamento _____	Pag.21
11. Tratamento ativo à data de morte _____	Pag.21
12. Performance Status Usual _____	Pag.21
2. Estatística Inferencial _____	Pag.22
1.Idade _____	Pag.22
2.Neoplasias Primárias _____	Pag.23
3.Performance Status _____	Pag.25
4.Co morbilidades primárias _____	Pag.26
5. Discussão _____	Pag.30
6. Conclusão _____	Pag.35
7. Referências Bibliográficas _____	Pag.36

Índice Figuras e Tabelas:

Figura 1 – Distribuição por género	Pag.12
Figura 2 – Distribuição por escalões etários	Pag.12
Tabela 1 – Neoplasia primária	Pag.13
Tabela 2 – Distribuição por Estadio	Pag.14
Tabela 3- Transporte Hospitalar por episódio nas 2SAM	Pag.14
Tabela 4 – Número de episódios de atendimento urgente na totalidade	Pag.15
Tabela 5 – Motivo de admissão nas SAM em AU	Pag.16
Tabela 6 – Diagnósticos iniciais na última admissão	Pag.17
Tabela 7 –Diagnósticos finais na última admissão	Pag.19
Tabela 8 – Tratamentos na última admissão	Pag.20
Tabela 10 – Local de óbito	Pag.20
Tabela 11 – Local de óbito hospitalar	Pag.21
Tabela 11 – Tempo de internamento	Pag.21
Tabela 12 – Terapêutica ativa	Pag.21
Tabela 13 – Performance Status ECOG	Pag.21
Tabela 14 – Idade e episódios e tempo de tratamento	Pag.22
Tabela 15 – Idade e tratamento ativo	Pag.23
Tabela 16 – Neoplasias e episódios e tempo de tratamento	Pag.23
Tabela 17 – Neoplasias primárias e tratamento ativo	Pag.24
Tabela 18 – Performance status e episódios e tempo de tratamento	Pag.25
Tabela 19 – Performance status e tratamento ativo	Pag.25
Tabela 20 – HTA e episódios e tempo de tratamento	Pag.26
Tabela 21 – HTA e tratamento ativo	Pag.26
Tabela 22 – IC e tempo de tratamento	Pag.27
Tabela 23 – IC e tratamento ativo	Pag.27
Tabela 24 – DPOC e episódios e tempo de tratamento	Pag.28
Tabela 25 – DPOC e tratamento ativo	Pag.28
Tabela 26 – DM2 e episódios e tempo de tratamento	Pag.29
Tabela 27 – DM2 e tratamento ativo	Pag.29

Resumo:

Caracterização do Atendimento Urgente ao Doente Oncológico Paliativo.

Introdução:

O atendimento urgente ao doente oncológico paliativo (DOP) tem sido alvo de estudo pela percepção empírica da sua inadequação. Em Portugal, pela escassez de trabalhos nesta área, o panorama é largamente desconhecido.

Objetivos:

Com o propósito de melhorar a prática assistencial diária num serviço de Oncologia, foi proposto a realização de um estudo piloto com o objetivo de caracterizar o atendimento urgente ao DOP inferindo se possível a adequação do mesmo.

Material e Métodos:

Estudo observacional, descritivo, retrospectivo, unicêntrico, com amostra casual sistemática correspondente a todos os doentes seguidos em Oncologia por tumores sólidos, falecidos nos primeiros 6 meses do ano de 2015 reunindo critérios estabelecidos de doença paliativa. Análise por estatística descritiva e inferencial.

Resultados:

105 casos foram analisados, 97 cumprindo os critérios de inclusão; 64% do sexo masculino ($n=62$), média de idades de 66.2 anos ($DP=11,9$ anos), num escalão etário maioritário 66-70 anos (19.6%), Performance Status (PS) mediano de 3. Com 406 episódios de atendimento urgente (AU) nos 6 meses prévios ao óbito numa média de 4.18 episódios por doente e 115 episódios de urgência nas 2 semanas anteriores (2SAM) com uma média de 1.18 episódios por doente. 73% dos casos foram abordados em Serviço de Urgência (SU). As neoplasias primárias mais frequentes: pulmão (27.8%), colon (10.3%) e mama (10.3%); 94% dos casos em estágio IV. Nas 2SAM, o transporte foi assegurado em 54.8% dos casos pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Os motivos de admissão mais frequentes neste período: Dispneia (26.4%), Alteração do estado de consciência (21.9%) e Astenia (12.8%). Os diagnósticos mais prevalentes: Progressão de doença (34.6%), Pneumonia associada a cuidados de saúde (21.8%). As atitudes terapêuticas mais frequentes foram o controlo de sintomas (35.9%) e antibioterapia (32%). O local de óbito mais frequente foi o meio hospitalar (87.6%), destes 70.6% no internamento (com um tempo médio de 8.9 dias $DP=10.19$), e 25.6% em SU. 57.7% dos doentes encontravam-se sob terapêutica ativa no mês que precedeu o óbito. A estatística inferencial não mostrou dados significativos.

Conclusões:

Estes resultados devem fazer refletir acerca da adequação dos atos praticados nos doentes oncológicos em fim de vida. Os achados remetem-nos ainda para uma crítica ética e psico-social assim como à importância do desenvolvimento de cuidados paliativos de proximidade. São necessários estudos subsequentes, de maior envergadura que validem, aprofundem e generalizem estes achados.

Palavras-Chave: Caracterização; Atendimento Urgente; Atendimento Emergente; Doente Oncológico; Cuidados Paliativos.

Abstract:

Urgent Care to the Palliative Oncology Patient, a retrospective single center pilot analysis.

Introduction:

The urgent care to the palliative cancer patient has been the object of study by the empirical perception of its inadequacy. In Portugal, due to the scarcity of works in this area, the panorama is largely unknown.

Purpose:

With the purpose of improving local daily care practice in an Oncology department, it was proposed to carry out a pilot study with the aim of dimensioning a problem through the characterization of the urgent care to the palliative cancer patient, and possibly inferring its adequacy.

Patients and Methods:

An observational, descriptive, retrospective, unicentric study with a systematic random sample corresponding to all patients followed in Oncology by solid tumors, who died in the first 6 months of the year 2015, meeting established palliative disease criteria. Analysis by descriptive and inferential statistics.

Results:

105 cases were analyzed, 97 fulfilling the inclusion criteria proposed; 64% males ($n = 62$), average age of 66.2 years ($SD = 11.9$ years), majority age group 66-70 years (19.6%), median Performance Status (PS) ECOG: 3. 406 episodes of urgent attendance call (UA) in the 6 months prior to death with an average of 4.18 episodes per patient. 115 episodes of UA in the 2 weeks prior to death (2SAM) with an average of 1.18 episodes. 73% of cases took place in the Emergency Department (ER) the remaining in Urgent Oncological Consultation.

The most common primary malignancies reported were: lung cancer (27.8%), colon cancer (10.3%) and breast cancer (10.3%); 94% of malignancies corresponded to stage IV disease. Transportation was provided in 54.8% by pre-hospital emergency response teams (INEM). In 2SAM the most common reasons for admission corresponded to dyspnea (26.4%), altered mental status (21.9%) and asthenia (12.8%). The most prevalent diagnosis were: disease progression (34.6%) and health care associated pneumonia (21.8%). The most common therapeutic approach has been symptoms control (35.9%) followed by antibiotic therapy (32%). Death occurred mostly in the hospital setting (87.6%), of which 70.6% in the oncology ward (with a mean time of stay of 8.9 days $SD = 10.19$), and 25.6% in the ED. 57.7% of patients were under active therapy the month before the dying event. Inferential statistics did not show significant data

Conclusions:

The limitations inherent in the study methodology preclude definitive conclusions, but the possible inferences allow to raise a series of pertinent questions that should make us reflect on the adequacy of the actions performed in cancer patients at the end of life. The findings also refer us to an ethical and psycho-social critique as well as to the importance of the development of proximal palliative care. Subsequent, larger studies are needed to validate, deepen, and generalize these findings.

Key-Words: Descriptive; Urgent Care; Emerging Care; Patient Oncology; Palliative care.

Caracterização do Atendimento Urgente ao Doente Oncológico Paliativo.

Abreviaturas:

- 2SAM:** 2 semanas antes da morte
- 6MAM:** 6 meses antes da morte
- AU:** Atendimento Urgente
- CHBM:** Centro Hospitalar Barreiro-Montijo -Epe
- CODU:** Centro Orientador de Doentes Urgentes
- CP:** Cuidados Paliativos
- DP:** Desvio Padrão
- DOP:** Doente Oncológico Paliativo
- DM:** Diabetes Mellitus
- DPOC:** Doença Pulmonar obstrutiva Crónica
- ECOG:** Eastern Cooperative Oncology Group
- FDV:** Fim de Vida
- FML:** Faculdade de Medicina de Lisboa
- HTA:** Hipertensão Arterial
- IC:** Insuficiência Cardíaca
- INEM:** Instituto Nacional de Emergência Médica
- PS:** Performance Status
- SPSS:** Statistical Package for the Social
- SU:** Serviço de Urgência
- UCC:** Unidade de Cuidados Continuados

Preâmbulo:

A minha formação Médica em Oncologia Clínica leva-me inevitavelmente a defender os interesses dos doentes oncológicos que sigo no decorrer da minha atividade assistencial. Sei contudo, pela experiência clínica que tenho vindo a adquirir no decorrer da minha atividade profissional, que infelizmente nem sempre conseguimos defender os nossos doentes do sofrimento, sobretudo quando este não depende exclusivamente da nossa prática mas sim de um sistema organizativo inadequado.

A abordagem da doença aguda no doente oncológico é ainda alvo de muita controvérsia, escasso conhecimento e consequentemente resulta muitas vezes numa importante fonte de sofrimento para o doente, cuidadores e profissionais de saúde. Talvez pelo meu concomitante interesse e formação na área da Emergência Médica, possuo uma especial sensibilidade para este tema. No melhor interesse do doente, são necessários elos de ligação entre a Oncologia e os Cuidados Urgentes/Emergentes, duas áreas que muitos julgam antagonistas, quando deviam ser complementares .

Julgo assim que as minhas aptidões formativas específicas na vertente oncológica e de emergência médica me colocam numa posição privilegiada para abordagem de temas que são comuns às duas áreas. As motivações na escolha do meu projeto de investigação prenderam-se então com uma forte vontade de melhorar uma área específica da Oncologia que comprovadamente precisa de evoluir assim como lutar pela defesa da dignidade humana ao enaltecer a importância dos Cuidados Paliativos (CP) nestes doentes. É um trabalho que surge portanto de uma necessidade, alimentado por uma paixão.

Segue-se assim o trabalho de investigação original, que servirá de projeto piloto para o desenvolvimento de um estudo mais amplo e ambicioso a cerca da abordagem do atendimento urgente no Doente paliativo.

1, Introdução:

A doença oncológica é uma das principais causas mundiais de mortalidade e mobilidade. A sua prevalência está a aumentar significativamente estimando-se um aumento de 70% de novos casos nas próximas duas décadas^{1,2}. É expectável que no decurso natural da doença o doente oncológico possa necessitar de intervenções agudas motivadas por complicações da doença, complicações do tratamento ou outros fatores independentes da patologia de base^{3,4,5}. Consequentemente tem-se assistido a uma crescente procura de cuidados agudos por parte dos doentes oncológicos⁶.

Apesar dos progressos científicos crescentes da Oncologia⁷, situações há em que a progressão da doença é inevitável. Inexoravelmente o principal foco de ação deve ser baseado não em cuidados agudos, mas em CP^{8,9}.

As sucessivas alterações prognósticas, fruto dos galopantes avanços na área da Oncologia, uma cultura medica curativa fortemente enraizada na prática clínica em detrimento da componente paliativa¹⁰ e uma população pouco esclarecida para a saúde poderão dar azo a uma abordagem inadequada e agressiva do DOP,¹¹.

Esta inadequação de cuidados toma diversas formas e manifesta-se entre outras no atendimento urgente irrefletido ao DOP que alguns grupos de estudo começam a questionar^{12,13,14}. O recurso a unidades de atendimento urgente é aliás um indicador importante da qualidade dos cuidados de fim de vida (FDV)¹⁵.

As necessidades de saúde são dinâmicas e espelham uma evolução populacional multidimensional. A crescente tendência para a multiplicação de episódios de emergência/urgência em doentes oncológicos e a sobrelotação das unidades de cuidados agudos com uma tipologia de doentes crónicos que a elas recorrem, devem fazer-nos fazer questionar a adequação dos modelos atuais relativamente às necessidades de saúde crescentes^{16,17}.

Esta inadequação de cuidados tem ainda diversas implicações desde ser diretamente lesiva para o doente, cuidadores e profissionais de saúde^{18, 19}, passando pela usurpação da verdadeira função da urgência/emergência^{20, 21, 22} com repercussões que vão bem para além do serviço de urgência (SU), até implicações económicas e financeiras^{23, 24} ameaçadoras dos princípios de Justiça. É seguro dizer que a inadaptação atual dos cuidados médicos agudos às necessidades da população, abala os principais pilares da ética Médica. Trata-se assim de um problema crescente e de elevada importância³.

Atualmente temos ainda uma compreensão limitada acerca dos múltiplos fatores que influenciam o recurso do DOP aos serviços de saúde, nomeadamente ao SU²⁵. Pela própria natureza do problema, trata-se de uma temática relativamente recente e com pouca publicação científica robusta a nível mundial, mas que desperta um interesse crescente²⁶. Os principais estudos nesta área focam-se principalmente nos cuidados de FDV. Possuem ainda diversas limitações nomeadamente, na disparidade das populações estudadas, na disparidade de práticas em sistemas de saúde diferentes, na escassez de estudos prospetivos e raros são os estudos multicêntricos. Esta falta de uniformização dos trabalhos não permite a generalização de conceitos para além da população estudada em cada publicação. Acresce o facto de os principais estudos nesta área ocorrerem em países com um grau de desenvolvimento dos CP superior ao de Portugal^{15, 27}.

À luz dos conhecimentos atuais, a realidade portuguesa é ainda largamente desconhecida. Os estudos publicados reportam na sua maioria doentes paliativos em unidades de internamento não urgente/emergente²⁸. É, portanto, necessário identificar e caracterizar a dimensão do problema.

É assim pertinente e urgente caracterizar a realidade portuguesa relativamente ao atendimento urgente do DOP. É importante compreender que papel têm os cuidados agudos na abordagem do DOP e quais são as suas implicações nos doentes e nas instituições, tudo isto numa perspetiva construtiva de melhoria de prestação de cuidados de saúde a todos.

2. Etapas do Processo de Investigação

2.1. Formulação da pergunta de Investigação

Como se caracteriza o atendimento urgente ao doente oncológico paliativo?

2.2. Objetivo principal da Investigação

- Identificar os doentes oncológicos paliativos caracterizando esta população assim como a sua afluência ao atendimento urgente em fim de vida.

2.3. Objetivos Secundários da Investigação

- perceber qual o motivo de recurso ao atendimento urgente nas 2SAM, nomeadamente no episódio que antecedeu o evento terminal.
 - Quais as principais queixas do doente na admissão?
 - Quais os principais diagnósticos clínicos efetuados?
 - Quem assegurou o transporte para a unidade de saúde previamente ao evento terminal?
- Julgou-se igualmente pertinente aferir o resultado da vinda ao atendimento urgente nas 2SAM, nomeadamente no episódio que antecedeu o evento terminal, esclarecendo:
 - Qual o tratamento efetuado?
- Por último, indagou-se quanto à possível relação entre algumas das variáveis descritas nomeadamente: idade, neoplasia primária, estadio da neoplasia, queixas, duração de internamento e persistência de tratamento ativo à data de óbito.

3. Metodologia:

- **3.1. Tipo de estudo**

- Quantitativo, retrospectivo, observacional.

- **3.2. Fonte de dados**

- Recolha de informação nos processos clínicos em suporte digital e papel:
 - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo-EPE (CHBM).
- Processos clínicos do Serviço de Oncologia e do SU.
- Foi definido “*Atendimento Urgente*” a atividade assistencial no SU (com um funcionamento permanente nas 24 horas) e na consulta oncológica não programada urgente (com um funcionamento das 08h00 às 17h00 a exceção de fins-de-semanas e feriados).

- **3.3. Amostra**

- A população-alvo estudada corresponde a todos os doentes seguidos no Serviço de Oncologia do CHBM que tenham falecido num período de 6 meses: entre 01 janeiro a 30 Junho de 2015. Cruzada lista de óbitos do Serviço com a lista Hospitalar, consultada Plataforma de dados da Saúde (PDS).
- Critérios de Inclusão
 - Doentes com tumores sólidos.
 - Doentes com cancro avançado, definido como: tumor localmente avançado incurável, metastático incurável ou com recorrência de doença incurável.
 - Doentes com necessidades paliativas segundo critérios definidos no consenso do “*Center to Advance Palliative Care*”- 2011²⁹
 - Idade > 18 anos
- Critérios de Exclusão:
 - Tumores Hematológicos.
 - Doentes oncológicos sob tratamento com intuito curativo.
 - Doentes que faleceram antes da confirmação histológica de neoplasia.

- **3.4. As principais variáveis recolhidas**

- Sociodemográficas:

- Sexo, idade à data de morte.

- Relativas à admissão / episódio de urgência:

- Número de episódios de urgência nos 6MAM.
 - Número de admissões ao atendimento urgente nas 2SAM
 - Número de episódios de urgência pela mesma queixa nas 2SAM.
 - Entidade que assegurou o transporte.
 - Duas principais queixas que motivaram atendimento urgente.
 - Diagnóstico inicial e final do atendimento urgente.
 - Principais tratamentos efetuados
 - Tempo de internamento
 - Destino

- Dados Clínicos

- Co morbilidades e Performance Status – avaliado pela escala do Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG^{30,31}).
 - Diagnóstico Oncológico e estadio da doença oncológica.
 - Distinção dos doentes em tratamento ativo (Definido como Quimioterapia, Terapêuticas Alvo, Radioterapia não paliativas, Hormonoterapia não adjuvante, Cirurgia não paliativa).

- **3.5. Instrumentos de medida, recolha e tratamento de dados**

- Consulta de processos hospitalares de doentes falecidos no período de tempo referido: procura de episódios de urgência no SU e atendimento urgente em hospital de dia.
 - Instrumento estruturado: folhas de colheita de dados com as variáveis acima descritas em Excel 2016 versão para Windows. SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24.0 para Windows.

- **3.6. Estatística**

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$. Utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, o coeficiente de correlação de Spearman, o teste de Fisher, o teste do Qui-quadrado de independência, o teste t de Student para amostras independentes, o teste de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis. O pressuposto do Qui-quadrado (não deve haver mais do que 20,0% das células com frequências esperadas inferiores a 5) foi analisado. Nas situações em que este pressuposto não estava satisfeito usou-se o teste do Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo. As diferenças foram analisadas com o apoio dos resíduos ajustados estandardizados. A normalidade de distribuição foi analisada com o teste de Shapiro-Wilk. Aceitou-se a normalidade de distribuição nas amostras com dimensão superior a 30, de acordo com o teorema do limite central. A homogeneidade de variâncias foi analisada com o teste de Levene.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24.0 para Windows.

4. Resultados:

4.1. Estatística Descritiva

4.1.1. Caracterização da amostra

Verificaram-se 105 óbitos, sendo que 8 foram excluídos:

- 5 por não corresponderem a doentes paliativos (de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos),
- 2 doentes com tumores hematológicos,
- 1 por conter registos pouco fiáveis / incompletos.

A amostra foi assim constituída por 97 doentes, sendo a maioria do género masculino. (*Figura 1*).

A média de idades foi de 66,2 anos (Desvio Padrão (DP) = 11,9 anos), variando entre um mínimo de 38 anos e um máximo de 92 anos.

A maioria encontrava-se no escalão etário 66-70 anos (19,6%). (*Figura 2*).

Figura 1- Distribuição por género

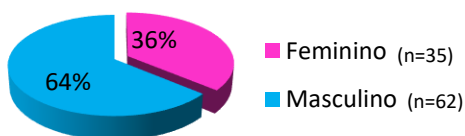
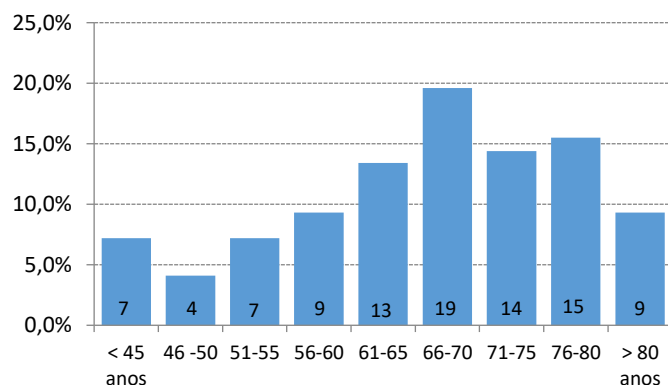


Figura 2- Distribuição por escalões etários



4.1.2. Análise de frequências

Foram observados 406 episódios de atendimento urgente nos 6MAM, 204 episódios em consulta urgente não programada em Hospital de dia de Oncologia (50,2%) e 202 episódios em SU (49,6%).

Foram observados 115 episódios nas 2SAM. Os eventos que motivaram recurso ao atendimento urgente nas 2SAM foram abordados inicialmente no SU, em 73% dos casos (83 episódios) os restante 27% em Hospital de dia de Oncologia (32 episódios).

4.1.2.1. Local primário da Neoplasia

Na amostra predominaram as neoplasias primárias do Pulmão (27,8%), do Cólon (10,3%) e da Mama (10,3%). (*Tabela 1*).

Tabela 1- Neoplasia primária

Local - ICD-10	Frequência	Percentagem
<i>Pulmão – C.34</i>	27	27,8
<i>Colon – C.18</i>	10	10,3
<i>Mama – C.50</i>	10	10,3
<i>Estomago – C.15</i>	8	8,3
<i>Ovário – C.56</i>	4	4,1
<i>Reto – C.20</i>	4	4,1
<i>Cabeça e pescoço – C.7-33</i>	3	3,1
<i>Desconhecido – C.80</i>	3	3,1
<i>Fígado – C.22</i>	3	3,1
<i>Neuroendocrino – C.75</i>	3	3,1
<i>Pâncreas – C.26</i>	3	3,1
<i>Próstata – C.61</i>	3	3,1
<i>Sarcoma – C.48</i>	3	3,1
<i>Útero – C.55</i>	3	3,1
<i>Mesotelioma – C.45</i>	2	2,1
<i>Rim – C.64</i>	2	2,1
<i>Vias biliares – C.24</i>	2	2,1
<i>Bexiga – C.67</i>	1	1,0
<i>Esófago – C.15</i>	1	1,0
<i>Melanoma – C.43</i>	1	1,0
<i>Trompa Falópio – C.57</i>	1	1,0
<i>Total</i>	97	100

4.1.2.2. Estadio

Uma proporção muito elevada das neoplasias correspondeu a estadios IV. (*Tabela 2*).

Tabela 2 – Distribuição por Estadios TNM (AJCC / 7th Edition)

Estadio	Frequência	Percentagem
<i>III</i>	5	5,2
<i>IV</i>	92	94,8
Total	97	100

4.1.2.3. Transporte

Relativamente ao transporte dos 80,4% de doentes que recorreram ao atendimento urgente nas 2SAM, num total de 115 ocorrências, constatou-se que o transporte, este foi assegurado na grande maioria pelo próprio doente, Bombeiros Voluntários (BV) ou Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) sob a coordenação dos Centros Orientadores de doentes Urgentes (CODUs), vulgo: emergência médica do 112, tendo esta última sido a situação mais frequente. Os transportes utilizados foram na maioria das ocorrências ambulâncias tipo B e C, contemplando ambulâncias de suporte básico de vida, suporte imediato e inclusivamente registaram-se ativações de Viatura Médica de Emergência e Reanimação cuja ativação pressupõe uma prioridade de emergência máxima (P1). (*Tabela 3*).

Tabela 3 – Transporte Hospitalar por episódio nas 2SAM

	Frequência	Percentagem
<i>INEM</i>	63	54,8
<i>BV</i>	29	25,2
<i>Próprio</i>	20	17,4
<i>Transferência</i>	3	2,6
Total	115	100

4.1.2.4. Episódios de atendimento urgente.

Nos 6MAM todos os doentes seguidos recorreram ao atendimento urgente. (Tabela 4). 80,4% dos doentes recorreu ao atendimento urgente nas 2SAM (n=78).

Tabela 4 – Número de episódios de atendimento urgente na totalidade

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<i>Número de ocorrências nos últimos 6 meses de vida (n=406)</i>	1	11	4,18	2,54
<i>Número de ocorrências nas ultimas 2 semanas de vida (n=115)</i>	0	5	1,18	,70

4.1.2.5. Admissão no Serviço de Urgência (SU)

Triagem

No SU, de acordo com a Triagem de Manchester estabelecida nas 2SAM observaram-se a seguinte distribuição por gravidade: 11% das ocorrências foram triadas a Vermelho (n=13), 63% a Laranja (n=72), 15% a Amarelo (n=17) e 11% a Branco (n=13) (referenciações).

Motivo de admissão

Cerca De 73,9% das queixas foram a Dispneia, Alteração do estado de consciência, Astenia e Dor. Para cada episódio terminal foram registadas as 2 principais queixas quando existentes (Tabela 5).

Tabela 5 – Motivos de Admissão nas 2SAM em AU

	Frequência	Percentagem
<i>Dispneia</i>	37	26,4
<i>Alteração do estado de consciência</i>	31	21,9
<i>Astenia</i>	18	12,8
<i>Dor</i>	18	12,8
<i>Cadáver</i>	7	4,3
<i>Vómitos</i>	4	2,8
<i>Recusa alimentar</i>	4	2,8
<i>Diarreia</i>	3	2,1
<i>Mialgias</i>	1	0,7
<i>Sincope</i>	1	0,7
<i>Disfagia</i>	1	0,7
<i>Pos-operatorio</i>	1	0,7
<i>Paragem cardio-respiratoria</i>	1	0,7
<i>Obstipação</i>	1	0,7
<i>Melenas</i>	1	0,7
<i>Lipotimia</i>	1	0,7
<i>Hemoptises</i>	1	0,7
<i>Hemiparesia</i>	1	0,7
<i>Hemorragia digestiva</i>	1	0,7
<i>Edema</i>	1	0,7
<i>Disúria</i>	1	0,7
<i>Febre</i>	1	0,7
<i>Alterações motoras</i>	1	0,7
<i>Convulsões</i>	1	0,7
<i>Cefaleia</i>	1	0,7
<i>Anasarca</i>	1	0,7
<i>Afasia</i>	1	0,7
Total	141	100

4.1.2.6. Diagnósticos de entrada

Cerca de 47,2% dos Diagnósticos iniciais mais frequentes foram: a Sepsis grave, Progressão da doença, Pneumonia associada a cuidados de saúde e Choque Séptico. (Tabela 6).

Tabela 6 – Principais Diagnósticos iniciais na última admissão

Diagnóstico – ICD-10	Frequência	Percentagem
<i>Sepsis Grave – A.41</i>	15	19,2
<i>Pneumonia associada a Cuid.Saude (PACs) – J.17</i>	9	11,5
<i>Choque séptico – R.57.2</i>	8	10,2
<i>Progressão doença – C.00-D.48</i>	5	6,3
<i>Oclusão intestinal – K.56.6</i>	3	3,8
<i>Hipovolemia – E.86</i>	3	3,8
<i>Metastização cerebral – C.79.3</i>	2	2,6
<i>Derrame pleural – J.90</i>	2	2,6
<i>Tromboembolismo Pulmonar (TEP) – I.26</i>	2	2,6
<i>Lesão ocupando espaço – D.43.9</i>	2	2,6
<i>Insuficiência respiratória aguda – J.96</i>	2	2,6
<i>Lesão renal aguda – N.17</i>	1	1,3
<i>Traqueobronquite aguda – J.40</i>	1	1,3
<i>Barragem gástrica – K.31</i>	1	1,3
<i>Infeção do trato urinário – 0.86</i>	1	1,3
<i>Insuficiência cardíaca – I.50</i>	1	1,3
<i>Hiponatremia – E.87.1</i>	1	1,3
<i>Crise hipertensiva – I.13.9</i>	1	1,3
<i>Choque cardiogénico – R.57</i>	1	1,3
<i>Acidente vascular cerebral – I.64</i>	1	1,3
<i>Asma – J.45</i>	1	1,3
<i>Anasarca – R.60.1</i>	1	1,3
<i>Alteração do estado de consciência – F.05</i>	1	1,3
<i>Insuficiencia Hepática Aguda – K.72</i>	1	1,3
<i>Icterícia não esclarecida – R.17</i>	1	1,3
<i>Anemia – D.50</i>	1	1,3
<i>Síndrome Carcinoide – E.34.0</i>	1	1,3
<i>Ignorado</i>	9	11,5
Total	78	100

4.1.2.7. Diagnósticos de saída

Cerca de 56% dos diagnósticos finais referiam-se a Progressão da doença e Pneumonia associada a cuidados de saúde. (Tabela 7).

Tabela 7 - Diagnósticos finais na última admissão

Diagnósticos – ICD 10	Frequência	Percentagem
<i>Progressão doença – C.00-D.48</i>	27	34,6
<i>Pneumonia associada a Cuid.Saude (PACs) – J.17</i>	17	21,8
<i>Infeção do Trato Urinário (ITU) – N.39</i>	4	5,1
<i>Tromboembolismo Pulmonar (TEP) – I.26</i>	4	5,1
<i>Colangite – K.83</i>	3	3,8
<i>Oclusão intestinal – K.56</i>	3	3,8
<i>Insuficiência hepática aguda – K.70</i>	2	2,5
<i>Enfarte agudo do miocárdio – I.21</i>	2	2,5
<i>Acidente vascular cerebral – I.64</i>	1	1,3
<i>Síndrome carcinoide – E.34</i>	1	1,3
<i>Pielonefrite – N.10</i>	1	1,3
<i>Pneumonia associada ao ventilador – J.15.8</i>	1	1,3
<i>Barragem gástrica – K.30</i>	1	1,3
<i>Metastização cerebral – C79.3</i>	1	1,3
<i>Iatrogenia opióide – T.40.2</i>	1	1,3
<i>Hemorragia catastrófica – D.65</i>	1	1,3
<i>Edema agudo do pulmão – J.81</i>	1	1,3
<i>Derrame pleural maligno – C.78.2</i>	1	1,3
<i>Coma hiperosmolar – E.10</i>	1	1,3
<i>Abcesso – K.57</i>	1	1,3
<i>Hemorragia Massiva – K92.2</i>	1	1,3
<i>Ignorado</i>	3	3,8
Total	78	100

4.1.2.8. Atitudes terapêuticas

As atitudes terapêuticas, mais frequentes (75%) foram o controlo sintomático e a antibioterapia. (Tabela 8).

Tabela 8 – Tratamentos na última admissão

Atitudes	Frequência	Percentagem
<i>Controlo sintomático</i>	28	35,9
• <i>Tratamento do delirium</i>	5	6,4
• <i>Sedação</i>	3	3,8
• <i>Analgesia</i>	2	2,6
• <i>“Conforto -sic”</i>	18	23
<i>Antibioterapia</i>	25	32,0
<i>Reposição volémica</i>	3	3,8
<i>Radioterapia paliativa</i>	3	3,8
<i>Anticoagulação</i>	2	2,6
<i>Ressucitação Cardio Pulmonar</i>	1	1,3
<i>Investigação diagnóstica</i>	1	1,3
<i>Estabilização hemodinâmica</i>	1	1,3
<i>Colocação de prótese biliar</i>	1	1,3
<i>Drenagem pleural</i>	1	1,3
<i>Colangiopancreatografia Endoscópica</i>	1	1,3
<i>Corticoterapia</i>	1	1,3
<i>Cirurgia paliativa</i>	1	1,3
<i>Análogo da somatostatina</i>	1	1,3
<i>Não especificado</i>	8	10,3
Total	78	100

4.1.2.9. Local do óbito

A grande maioria dos óbitos ocorreram no Hospital. (*Tabela 9*).

Tabela 9 – Local de óbito

Local	Frequência	Percentagem
<i>Domicílio/Extrahospitalar</i>	7	7,2
<i>Hospital</i>	85	87,6
<i>UCC Paliativos*</i>	4	4,1
<i>UCC Longa duração</i>	1	1,0
Total	97	100

*Unidade intra-hospitalar mas pertencendo à rede de Cuidados Continuados.

Dos óbitos Hospitalares a maioria aconteceu no internamento de Oncologia. Cerca de um quarto faleceu no SU. (*Tabela 10*).

Tabela 10 – Local de óbito hospitalar

Local	Frequência	Percentagem
<i>Internamento</i>	60	70,6
<i>Serviço de Urgência</i>	22	25,9
<i>Unidade de Cuidados Intensivos</i>	2	2,3
<i>Hospital de dia de Oncologia</i>	1	1,2
Total	85	100

4.1.2.10. Tempo de internamento

O tempo médio de internamento dos doentes foi de 8,9 dias, (*Tabela 11*).

Tabela 11 – Tempo de internamento

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<i>Tempo de internamento</i>	1	67	8,92	10,19

4.1.2.11. Tratamento ativo à data de morte

No último mês mais de metade doentes fizeram ou estavam em terapêutica ativa (quimioterapia, radioterapia não paliativa, cirurgia não paliativa). (*Tabela 12*).

Tabela 12 – Terapêutica ativa

	Frequência	Porcentagem
<i>Não</i>	41	42,3
<i>Sim</i>	56	57,7
Total	97	100

4.1.2.12. Performance status usual

O PS mediano foi de 3.

Mais de metade da amostra tinha PS de 3 no último mês (*Tabela 13*).

Tabela 13 – Performance Status - ECOG

PS - ECOG no último mês	2	3	4	
<i>Frequência</i>	20	51	26	97
<i>Porcentagem</i>	20,6%	52,5%	26,9%	100%

4.2. Estatística Inferencial

4.2.1 Idade

A correlação entre a idade e o nº episódios nos 6MAM, nº episódios nas 2SAM e o tempo de internamento não foi estatisticamente significativa. (*Tabela 14*).

Tabela 14 – Idade e episódios e tempo de tratamento

		idade
<i>Nr episódios nos últimos 6 meses</i>	Pearson	-,145
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	,158
	N	97
<i>Nr episódios nas últimas 2 semanas</i>	Pearson	,001
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	,994
	N	97
<i>Tempo de internamento</i>	Pearson	-,102
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	,319
	N	97

A diferença de idades entre os sujeitos com e sem tratamento ativo não foi estatisticamente significativa, $t(95) = 0.850, p = .398$. (*Tabela 15*).

Tabela 15 – Idade e tratamento ativo

	Não		Sim		Sig.
	M	DP	M	DP	
Idade	67,39	12,53	65,30	11,50	.398

4.2.2. Neoplasias Primárias

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

O número de episódios nos 6MAM foi significativamente mais elevado nos sujeitos com outras neoplasias do que nos sujeitos com neoplasias do pulmão (4.96 vs 3.33), $\chi^2_{\text{KW}}(3) = 11.521, p = .009$. (*Tabela 16*).

O tempo de internamento foi significativamente mais elevado nos sujeitos com outras neoplasias do que nos sujeitos com neoplasias do pulmão (7.80 vs 2.59), $\chi^2_{\text{KW}}(3) = 13.834, p = .003$. (*Tabela 16*).

Tabela 16 – Neoplasias e episódios e tempo de tratamento

	Pulmão		Mama		Colon		Outras		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
<i>Nr episódios 6 meses</i>	3,33	2,54	3,80	2,53	3,00	1,49	4,96	2,51	.009**
<i>Nr episódios 2 semanas</i>	1,30	,91	1,20	,63	,90	,57	1,16	1,06	.616
<i>Tempo internamento</i>	2,59	5,26	5,90	5,95	5,20	10,39	7,80	10,87	.003**

** $p \leq .01$

A distribuição dos sujeitos com tratamento ativo pelas neoplasias primárias foi relativamente semelhante, $\chi^2 (3) = 5.621, p = .132$. (Tabela 17).

Tabela 17 – Neoplasias primárias e tratamento ativo

Neoplasias		Tratamento ativo		Total
		Não	Sim	
<i>Pulmão</i>	Freq.	16	11	27
	%	59,3%	40,7%	100,0%
	Neoplasia			
<i>Mama</i>	Freq.	5	5	10
	%	50,0%	50,0%	100,0%
	Neoplasia			
<i>Colon</i>	Freq.	4	6	10
	%	40,0%	60,0%	100,0%
	Neoplasia			
<i>Outras</i>	Freq.	16	34	50
	%	32,0%	68,0%	100,0%
	Neoplasia			
Total	Freq.	41	56	97
	%	42,3%	57,7%	100,0%
	Neoplasia			

4.2.3. Performance Status

A correlação entre a Performance status e o numero de episódios nos 6MAM, numero de episódios nas 2SAM e o tempo de internamento não foram estatisticamente significativas. (Tabela 18).

Tabela 18 – Performance status e episódios e tempo de tratamento

		PS
Nr episódios nos últimos 6 meses	Spearman's rho	,019
	Sig. (2-tailed)	,852
	N	97
Nr episódios nas últimas 2 semanas	Spearman's rho	,088
	Sig. (2-tailed)	,393
	N	97
Tempo de internamento	Spearman's rho	-,157
	Sig. (2-tailed)	,125
	N	97

Há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos com PS 2 e tratamento ativo (80%) e de sujeitos com PS 4 sem tratamento ativo (68%), $\chi^2 (2) = 11.156, p = .004$. (Tabela 19).

Tabela 19 – Performance status e tratamento ativo

PS		Tratamento ativo		Total
		Não	Sim	
2	Freq.	4	16	20
	% PS	20,0%	80,0%	100,0%
3	Freq.	20	32	52
	% PS	38,5%	61,5%	100,0%
4	Freq.	17	8	25
	% PS	68,0%	32,0%	100,0%
Total	Freq.	41	56	97
	% PS	42,3%	57,7%	100,0%

4.2.4. Comorbilidades primárias.

Hipertensão Arterial (HTA)

As diferenças no número de episódios e tempo de tratamento entre sujeitos com e sem HTA não foram estatisticamente significativas ($p > .50$). (Tabela 20).

Tabela 20 – HTA e episódios e tempo de tratamento

	Não		Sim		Sig.
	M	DP	M	DP	
<i>Nr episódios 6 meses</i>	4,15	2,55	4,29	2,54	.815
<i>Nr episódios 2 semanas</i>	1,07	,80	1,50	1,22	.114
<i>Tempo internamento</i>	6,70	10,28	3,42	4,57	.278

A relação entre tratamento ativo e HTA não foram estatisticamente significativa, teste de Fisher, $p = .349$. (Tabela 121).

Tabela 21 - HTA e tratamento ativo

HTA		Tratamento ativo		Total
		Não	Sim	
Não	Freq	33	40	73
	% HTA	45,2%	54,8%	100,0%
Sim	Freq	8	16	24
	% HTA	33,3%	66,7%	100,0%
Total	Freq	41	56	97
	% HTA	42,3%	57,7%	100,0%

Insuficiência Cardíaca (IC)

As diferenças no número de episódios e tempo de tratamento entre sujeitos com e sem IC não foram estatisticamente significativas ($p > .50$). (Tabela 22).

Tabela 22 – IC e episódios e tempo de tratamento

	Não		Sim		Sig.
	M	DP	M	DP	
<i>Nr episódios 6 meses</i>	4,11	2,50	4,75	2,83	.734
<i>Nr episódios 2 semanas</i>	1,19	,94	1,08	,90	.718
<i>Tempo internamento</i>	6,08	9,61	4,50	6,75	.542

A relação entre tratamento ativo e IC não foram estatisticamente significativa, teste de Fisher, $p = .116$. (Tabela 23).

Tabela 23 - IC e tratamento ativo

IC		Tratamento ativo		Total
		Não	Sim	
Não	Freq	33	52	85
	% IC	38,8%	61,2%	100,0%
Sim	Freq	8	4	12
	% IC	66,7%	33,3%	100,0%
Total	Freq	41	56	97
	% IC	42,3%	57,7%	100,0%

Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)

As diferenças no número de episódios e tempo de tratamento entre sujeitos com e sem DPOC não foram estatisticamente significativas ($p > .50$). (Tabela 24).

Tabela 24 – DPOC e episódios e tempo de tratamento

	Não		Sim		Sig.
	M	DP	M	DP	
<i>Nr episódios 6 meses</i>	4,10	2,46	4,71	3,02	.402
<i>Nr episódios 2 semanas</i>	1,14	,90	1,36	1,15	.435
<i>Tempo internamento</i>	6,24	9,51	3,79	7,80	.053

A relação entre tratamento ativo e DPOC não foi estatisticamente significativa, teste de Fisher, $p = .569$. (Tabela 25).

Tabela 25 - DPOC e tratamento ativo

DPOC		Tratamento ativo		Total
		Não	Sim	
Não	Freq	34	49	83
	% DPOC	41,0%	59,0%	100,0%
Sim	Freq	7	7	14
	% DPOC	50,0%	50,0%	100,0%
Total	Freq	41	56	97
	% DPOC	42,3%	57,7%	100,0%

Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

As diferenças no número de episódios e tempo de tratamento entre sujeitos com e sem DM2 não foram estatisticamente significativas ($p > .50$). (Tabela 26).

Tabela 26 – DM2 e episódios e tempo de tratamento

	Não		Sim		Sig.
	M	DP	M	DP	
<i>Nr episódios 6 meses</i>	4,26	2,53	3,64	2,66	.326
<i>Nr episódios 2 semanas</i>	1,16	,98	1,27	,47	.400
<i>Tempo internamento</i>	6,35	9,67	2,27	4,17	.055

A relação entre tratamento ativo e DM2 não foi estatisticamente significativa, teste de Fisher, $p = .755$. (Tabela 27).

Tabela 27 – DM2 e tratamento ativo

DM2		Tratamento ativo		Total
		Não	Sim	
Não	Freq	37	49	86
	% DM2	43,0%	57,0%	100,0%
Sim	Freq	4	7	11
	% DM2	36,4%	63,6%	100,0%
Total	Freq	41	56	97
	% DM2	42,3%	57,7%	100,0%

5. Discussão:

O objetivo principal deste estudo piloto foi fazer uma recolha de dados de forma a perceber qual a importância desta temática e se havia dados que merecessem uma investigação mais aprimorada. Dos achados deste estudo constatamos assim alguns fatos interessantes.

Um fato desde logo saliente é a constatação de que os doentes paliativos seguidos em Oncologia nos 6MAM terem em grande parte falecido em meio hospitalar. Este predomínio coaduna-se com relatos já conhecidos^{32,33} no entanto apresentou aqui um maior peso em relação a outros trabalhos^{34,35,36,37}. Destes eventos terminais cerca de um quarto ocorreram no SU, meio inadequado a situações paliativas^{38,39}. É aliás já tido em muitos trabalhos como um critério de inadequação e qualidade de morte^{19,20}.

Quanto às razões para este aumento de incidência de mortes hospitalares, não é claro o motivo; um baixo índice sócio-económico, uma cultura crescente de “medicalização da morte”⁴⁰, uma ausência de resposta atempada de cuidados continuados aliado a uma escassez de apoios sociais podem explicar estes resultados, mas tal carece de um estudo mais dirigido.

Um dado interessante é o fato de a grande maioria dos doentes terem passado pelo SU (média de 1,17 episódios) nas 2SAM. A inexistência de um atendimento oncológico urgente permanente poderá contribuir para estes resultados. O horário das admissões poderia elucidar esta conjectura. Por outro lado, restam por apurar outros fatores tais como: a necessidade de intervenções técnicas de urgência específicas que necessitem de apoio multidisciplinar (nomeadamente cirúrgico), a crescente desresponsabilização e incapacidade das famílias para lidarem com a morte, pelo que a correta interpretação destes dados necessita uma análise cuidadosa. O atendimento urgente ao DOP englobou aqui duas realidades distintas que são: a consulta oncológica não programada e o atendimento em SU, seria interessante num estudo posterior aferir a adequação de cuidados prestados nos diferentes locais e compará-los, algo que este estudo não contempla.

Relativamente a nexos de causalidade nas admissões urgentes, começando pelo tipo de neoplasia primária, os achados deste estudo são coincidentes com investigações anteriores. As neoplasias do pulmão, gastrointestinais e mama são os subgrupos mais

prevalentes no recurso ao atendimento urgente não programado, podendo este facto espelhar simplesmente a própria prevalência elevada destas doenças⁴¹.

Da análise estatística, quando comparados os 3 principais grupos de neoplasias primárias verificamos que um maior número de vindas nos 6MAM ao atendimento urgente ocorre no caso de outras neoplasias que não as mais prevalentes. Este achado poderá dever-se ao facto de os tumores mais prevalentes terem uma história natural mais conhecida e consequentemente mais previsível e logo sujeita a medidas preventivas. Poderá também dever-se a sintomatologia e/ou gravidades sintomáticas diferentes que cada tumor pode originar, contudo seriam necessários mais estudos assim como uma análise de subgrupos de modo a valorizar o peso e motivo de cada uma das diferentes neoplasias na vinda ao atendimento urgente.

Ainda relativamente ao historial do Doente, olhando para as co morbilidades mais frequentes e *Performance Status* (PS), não nos foi possível estabelecer uma relação destes com o recurso ao atendimento urgente. Contudo são necessárias algumas ressalvas: o PS mediano foi de 3, contudo nem sempre terá sido calculado com rigor em alguns processos. As co morbilidades em muitos registos estariam ausentes, não sendo possível assumir a inexistência das mesmas pela parca qualidade de alguns registos ou ausência do seu diagnóstico.

Um número considerável de casos (cerca de dois terços) necessitou de internamento à semelhança do que são os achados descritos na literatura⁴². A adequação dos critérios de internamento e permanência no mesmo não foi aferida pelo que requer igualmente uma análise mais detalhada dado a complexidade dos casos em questão. Contudo é de referir que raros foram os diagnósticos de verdadeiras Emergências Oncológicas ou de outras indicações claras de internamento urgente. A exaustão do cuidador, embora muito prevalente⁴³ não foi registada em nenhuma instância como causa de internamento. De referir ainda a existência de uma notória diferença relativamente ao tempo de internamento dos doentes com neoplasia do pulmão comparativamente às outras doenças malignas, sendo este significativamente mais curto. O mais fácil reconhecimento da sintomatologia de apresentação (dispneia) como manifestação terminal da doença e conhecimento da história natural da mesma poderá explicar uma possível atitude menos invasiva. Por outro lado, poderá ser simplesmente a gravidade da doença e rápida progressão da sua fase agónica a explicarem um rápido desfecho. Não foram contudo

colhidos dados suficientes que permitam aferir/medir a adequação de cuidados de FDV assim como comportamentos evocando distanásia, ortotanásia ou outros.

Ainda relativamente ao internamento, a necessidade de controlo sintomático foi o plano terapêutico mais registado à admissão, contudo o tempo médio de internamento ronda os 8,9 dias. Tal denota possivelmente um difícil controlo sintomático ou eventualmente um diagnóstico de agonia sem que houvesse possibilidade / vontade de morte em domicílio (o que contrariaria regra geral a vontade global dos doentes^{44,45}).

As principais queixas / motivos de recurso ao atendimento urgente foram o descontrolo sintomático, nomeadamente a dispneia, alteração do estado de consciência, dor e astenia, todos eles sintomas comuns e espectáveis em FDV. Estes dados são consistentes com a literatura^{14,46,47,48,49}, e merecem uma reflexão acerca da potencialidade de prevenção^{50,51,52}. Relativamente ao controlo sintomáticos a designação de “cuidados de conforto” foi um achado comum em registos, contudo não estão descritos os atos paliativos praticados impossibilitando uma reflexão sobre a adequação dos mesmos.

Os principais diagnósticos à admissão foram quadros infecciosos (40,9%) em diferentes espectros de gravidade: da infeção local, ao choque séptico. Estes achados coadunam-se com os achados da literatura que descreve as infeções como os principais eventos terminais no doente oncológico. De referir a baixa incidência de diagnósticos de fenómenos tromboembólicos, claramente inferior ao reportado na literatura. Interessante é também sublinhar o facto de 32% dos doentes ter ainda recebido antibioterapia empírica apesar de 34,6% dos diagnósticos finais terem admitido progressão de doença oncológica revelando porventura alguma futilidade terapêutica ou em ultima instância uma clara incerteza prognóstica.

Mais de metade dos doentes (57,7%) encontravam-se sob tratamento ativo à data de morte. Este facto levanta questões acerca da adequação terapêutica em FDV. É sabido que os clínicos tem tendência a sobrestimar a sobrevivência dos doentes⁵³. Por outro lado a definição de doente paliativo em Oncologia pode diferir por vezes daquela proposta por alguns consensos internacionais sem que haja regras dogmáticas⁵⁴ e sem um modelo integrativo dos CP na prática clínica diária^{55,56} o que resulta de uma identificação do FDV muitas vezes difícil^{57,58}. Poderão assim existir falhas na correta identificação dos doentes paliativos. Todavia, há que ter em conta variáveis inerentes não só à doença e ao grau de

incerteza que certas estratégias terapêuticas oncológicas acarretam mas também a variáveis inerentes ao doente, nomeadamente no respeito pela autonomia e nas decisões partilhadas. Este dado deve ser alvo de melhor esclarecimento e posteriormente profunda reflexão.

Por fim, estendendo o tema ao atendimento pré-hospitalar, ainda que seja possível identificar a entidade responsável pelo transporte (INEM, Corporações de Bombeiros voluntários) não foi possível pela qualidade dos dados fazer a distinção dos diferentes graus de prioridade na ativação dos meios pelo CODU. Contudo qualquer tipo de ativação contempla o envio de equipas com escassa ou nenhuma formação em CP e pode constituir em alguns casos uma inadequação de cuidados, pelo carácter invasivo dos mesmos. Esta suposta falta de articulação entre os meios de urgência e os CP é aliás um problema importante comum já descrito^{59, 60}. O paradigma deste problema foi o registo de 7 doentes cadáveres à admissão na reanimação e 1 doente em Paragem Cardio-respiratória em manobras de Suporte Básico de Vida à chegada ao SU.

Os resultados obtidos, levam-nos inexoravelmente a refletir sobre a adequação dos cuidados prestados e à necessidade de uma maior interligação das equipas hospitalares e pré-hospitalares com os CP. Para além das questões técnicas, ético-morais, estão em causa igualmente questões ligadas a gestão de recursos, limitados e muitas vezes consumidos no FDV^{61, 62}. Invocando um princípio de Justiça, também neste âmbito a correta utilização dos CP podem ser a resposta na redução de custos^{63, 64} promovendo um uso mais racional dos recursos.

O trabalho está sujeito a algumas limitações inerentes à sua metodologia retrospectiva^{65, 66}, ao fato de englobar a atividade de um centro hospitalar apenas, ao fato de se basear em registos clínicos de urgência, por vezes pouco esclarecedores, pela ausência de dados relativos a co morbilidades ou a alguns procedimentos de FDV efetuados que dificultam uma análise mais profunda sobre adequação dos mesmos. Também o tamanho limitado da amostra restringe a possibilidade de análises de subgrupos pelo que as interpretações devem ser cuidadosas.

Contudo, a verificarem-se, todos estes achados descritos colocam-se questões éticas, técnicas e psico-sociais válidas, interessantes e complexas: A dificuldade na classificação do doente paliativo, a escassez de informação clínica, uma cultura da morte

deficitária, a ausência de formação em CP por parte de profissionais de saúde, contingentes legais na assistência à morte e a escassez de educação à população.

É também legítimo tecer algumas considerações sugeridas pelos dados nomeadamente que os resultados poderão refletir uma necessidade de maior acompanhamento em FDV, sobretudo no que toca o controlo sintomático; no fundo, uma maior intervenção do foro paliativo, em meio extra-hospitalar^{67, 68, 69}.

O processo de recolha de dados focou-se principalmente nos processos reportados às 2SAM. Uma limitação do estudo consiste em não segmentar e analisar todo o período dos 6MAM, período no qual já será espectável poderem existir necessidades paliativas. A recolha de dados foi em parte limitada por escassez de informação clínica, nomeadamente no que diz respeito às intercorrências durante os 6MAM, às variáveis socioeconómicas e a correlação das queixas dos doentes em fim de vida.

São assim necessários estudos mais robustos de modo a aferir a reprodutibilidade dos dados apresentados. Esta necessidade premente de informação aliada a um crescente interesse da comunidade científica traduzir-se-á certamente no futuro num maior desenvolvimento desta área⁷⁰ e irá seguramente conduzir a uma prática mais apropriada e digna.

6. Conclusão:

São escassos e praticamente inexistentes os dados publicados em Portugal relativamente ao atendimento urgente do DOP, contudo este componente da atividade assistencial em Oncologia / Medicina ocorre diariamente e a tendência será para uma maior magnitude de casos de acordo com os dados epidemiológicos em Oncologia^{1,2}.

Ainda que a adequação dos cuidados não fosse o objetivo primário deste estudo, os resultados obtidos devem servir para incitar uma profunda reflexão quanto à necessidade de mudança nas práticas diárias.

A esmagadora procura de cuidados agudos em FDV é um sinal de que o atendimento urgente ao DOP é de fato um problema que tem que ser abordado.

O correto reconhecimento do doente em FDV, uma prática médica respeitando os pilares da ética e a responsabilização social da morte são apenas alguns dos temas subjacentes aos achados descritos cuja resolução é urgente.

Emerge ainda um sentimento geral, oriundo da prática diária e reforçado por estes dados acerca da necessidade de interligação dos Cuidados de Saúde Urgentes/Emergentes e Contínuos com os CP. As unidades domiciliárias podem aqui desempenhar um papel preponderante.

Os achados obtidos parecem refletir a realidade internacional descrita na literatura, contudo são necessárias mais informações quanto à reprodutibilidade destes achados a uma maior escala e a nível Nacional.

Referências Bibliográficas

- ¹ Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No.11 Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Acessível em: <http://globocan.iarc.fr>.
- ² Stewart BW, Wild CP. World Cancer Report 2014. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2014. Acessível em: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>.
- ³ Delgado-Guay MO, Kim YJ, Shin SH, et al. Avoidable and unavoidable visits to the emergency department among patients with advanced cancer receiving outpatient palliative care. J Pain Symptom Manage. 2015;49(3):497-504.
- ⁴ Uramoto H, Iwashige A, Kagami S, et al: Prediction of emergency hospitalization of outpatients receiving cancer chemotherapy. Anticancer Res. 2007; 27:1133-1136.
- ⁵ Weaver C, Schiech L, Held-Warmkessel J, et al. Risk for unplanned hospital readmission of patients with cancer: Results of a retrospective medical record review. Oncol Nurs Forum 2006; 33:E44-E52.
- ⁶ Earle CC, Neville BA, Landrum MB, et al. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. J Clin Oncol. 2004; 22:315-321.
- ⁷ Jaffee EM, Dang CV, Agus DB et al. Future cancer research priorities in the USA: a Lancet Oncology Commission. Lancet Oncol. 2017;18(11):e653-e706.
- ⁸ Verdecchia A, Francisci S, Brenner H, et al. Recent cancer survival in Europe: a 2000–02 period analysis of EURO CARE-4 data. Lancet Oncol 2007;9:784–96.
- ⁹ Ferris FD, Bruera E, Cherny N, et al. Palliative cancer care a decade later: accomplishments, the need, next steps: from the American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol 2009;27:3052e3058.
- ¹⁰ Bruera E, Hui D. et al. Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. J Clin Oncol 2010;25:4013–17.

- ¹¹ O'Connor AE, Winch S, Lukin W, Parker M, et al. Emergency medicine and futile care: Taking the road less travelled. *Emerg Med Australia* 2011; 23: 640–3.
- ¹² Yates M, Barrett A, et al. Oncological emergency admissions to the Norfolk and Norwich University Hospital: an audit of current arrangements and patient satisfaction. *Clin Oncol, R Coll Radiol*, 2009;3:226–33.
- ¹³ Barbera L, Taylor C, Dudgeon D, et al. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *CAMJ* 2010;182:563–8.
- ¹⁴ Hjermland MJ, Kolflaath J, Løkken AO, et al. Are emergency admissions in palliative cancer care always necessary? Results from a descriptive study. *BMJ Open* 2013;3: e002515.
- ¹⁵ Raijmakers N, Galushko M, Domeisen F, et al. Quality indicators for care of cancer patients in their last days of life: literature update and experts' evaluation. *J Palliat Med*. 2012;15(3): 308-316.
- ¹⁶ Earle CC, Landrum MB, Souza JM, et al. Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol* 2008;23:3860–6.
- ¹⁷ Ho TH, Barbera L, Saskin R, et al. Trends in the aggressiveness of end-of-life cancer care in the universal health care system of Ontario, Canada. *J Clin Oncol* 2011;12:1587–91.
- ¹⁸ Wright AA, Keating NL, Balboni TA, Matulonis UA, Block SD, Prigerson HG,; Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *J Clin Oncol* 2010; 28: 4457–64.
- ¹⁹ Wallace EM, Cooney MC, Walsh J, et al. Why do palliative care patients present to the emergency department? Avoidable or unavoidable? *Am J Hosp Palliat Care* 2013;30:253e256.
- ²⁰ McNamara BA, Rosenwax LK, Murray K, Currow DC,; Early admission to community-based palliative care reduces use of emergency departments in the ninety days before death. *J Palliat Med*. 2013;16(7):774-779.

- ²¹ Forero R, McDonnell G, Gallego Luxan B, McCarthy S, Mohsin M, Shanley C et al. A Literature review on care at the end-of-life in the emergency department. *Emergency medicine international*. 2012;2012:1-11.
- ²² Shalini Dalal, Eduardo Bruera et al. End-of-Life Care Matters: Palliative Cancer Care Results in Better Care and Lower Costs *The Oncologist* 2017; 22:361-368;
- ²³ Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 993–1000.
- ²⁴ Le BH, Watt JN, et al. Care of the dying in Australia's busiest hospital: benefits of palliative care consultation and methods to enhance access. *J Palliat Med* 2010; 13: 855–60.
- ²⁵ Henson, Lesley A, et al. Emergency department attendance by patients with cancer in their last month of life: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 2014, JCO. 2014.57. 3568.
- ²⁶ Young A, Marshall E, Krzyzanowska M, et al. Responding to Acute Care Needs of Patients With Cancer: Recent Trends Across Continents. *The Oncologist*. 2016;21(3):301-307.
- ²⁷ Miranda B, Vidal SA, Mello MO, Rêgo JC, Pantaleão MC et al. Cancer patients, emergencies service and provision of palliative care. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2016; 62(3): 207-211.
- ²⁸ Carneiro R, Barbedo I, Costa I, Reis E, Rocha N, Gonçalves E,; Estudo comparativo dos Cuidados Prestados a doentes nos últimos dias de vida num Serviço de Medicina Interna e Numa Unidade de Cuidados Paliativos. *Acta Med Port* 2011; 24: 545-554.
- ²⁹ Weissman DE, Meir DE, et al. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the center to Advance Palliative Care. *J Palliat Med*. 2011; 14(1):17-23.
- ³⁰ Oken MM, Creech RM, Tormey DC, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am. J. Clin. Oncol.* 1982;5 (6): 649-55.

-
- ³¹ Buccheri G, Ferrigno D, Tamburini M. Karnofsky and ECOG performance status scoring in lung cancer: a prospective, longitudinal study of 536 patients from a single institution. *Eur J Cancer*. 1996 Jun;32A(7):1135-45.
- ³² Higginson IJ, Astin P, Dolan S, et al. Where do cancer patients die? Ten-year trends in the place of death of cancer patients in England. *Palliat Med*. 1999; 12(5):353-63.
- ³³ Gomes B, Higginson IJ, et al. Where people die (1974--2030): past trends, future projections and implications for care. *Palliat Med*. 2008; 22(1):33-41.
- ³⁴ Aabom B, Kragstrup J, Vondeling H, Bakketeig LS, Støvring H,; Population-based study of place of death of patients with cancer: implications for GPs. *Br J Gen Pract*. 2005; 55:684-68
- ³⁵ Gatrell AC, Harman JC, Francis BJ, Thomas C, Morris SM and McIlmurray M,; Place of death: analysis of cancer deaths in part of North West England. *Journal of Public Health Medicine*. 2003; 25(1):53-58.
- ³⁶ Silva RCF, Hortale VA, et al. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Caderno de Saúde Pública*. 2006; 22(10):2055-2066.
- ³⁷ Heide A, Vogel-Voogt E, Visser AP, Rijt CCD, Maas PJ,; Dying at home or in an institution: perspectives of Dutch physicians and bereaved relatives. *Support Care Cancer*. 2007; 15:1413-142
- ³⁸ Al-Qurainy R, Collis E, Feuer D, et al. Dying in an acute hospital setting: the challenges and solutions. *Int J Clin Pract*. 2009; 63(3):508-515.
- ³⁹ Wiese CHR, Graf BM, Hanekop GG, et al. Palliative care and emergency medicine: how can they work together? *European Journal of Palliative Care*. 2009; 16(5): 245-248.
- ⁴⁰ McWhinney IR, Bass MJ, Orr V, et al. Factors associated with location of death (home or hospital) of patients referred to a palliative care team. *Can Med Assoc J*. 1995; 152(3):361-367.

- ⁴¹ Sadik M, Ozlem K, Huseyin M, AliAyberk B, Ahmet S, Ozgur O.; Attributes of cancer patients admitted to the emergency department in one year. *World Journal of Emergency Medicine*. 2014;5(2):85-90.
- ⁴² Block L, Deschepper R, Drieskens K, Bauwens S, Bilsen J, Bossuyt N and Deliens L.; Hospitalisations at the end of life: using a sentinel surveillance network to study hospital use and associated patient, disease and healthcare factors. *BMC Health Services Research*. 2007; 7:69.
- ⁴³ Araújo LZS, Araújo CZS, Souto AKBA, Oliveira MS, et al. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009; 62(1): 32-37.
- ⁴⁴ Beccaro M, Costantini M, Rossi PG, Miccinesi G, Grimaldi M, Bruzzi P.; Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). *J Epidemiol Community Health*.2006; 60:412–416.
- ⁴⁵ Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Galanos A, Patiraki E, Tsiatas M, Vlahos L, Where do cancer patients die in Greece? A population-based study on the place of death in 1993 and 2003. *J Pain Symptom Manage*. 2009; 38(2):309-14.
- ⁴⁶ Geraci JM, Tsang W, Valdres RV, et al. Progressive disease in patients with cancer presenting to an emergency room with acute symptoms predicts short-term mortality. *Support Care Cancer* 2006;14:1038-45.
- ⁴⁷ Escalante CP, Martin CG, Elting LS, et al. Dyspnea in cancer patients. Etiology, resource utilization, and survival-implications in a managed care world. *Cancer* 1996;78:1314-9.
- ⁴⁸ Plonk W, Arrnold R: Terminal care: the last weeks of life. *J Palliat Med* 2005;8(5):1042-53
- ⁴⁹ Miyashita M, Arai K, Yamada Y, Owada M, Sasahara T, Kawa M, Mukaiyama T.; Discharge from a palliative care unit: prevalence and related factors from a retrospective study in Japan. *J Palliat Med*. 2009; 12(2):142-9
- ⁵⁰ Walke LM, Byers AL, Mccorkle R, Fried TR et al. Symptom assessment in community-dwelling older adults with advanced chronic disease. *J Pain Symptom Manage* 2006;31(1):31-7

-
- ⁵¹ Radbruch L et al, Palliative care in Europe: experiences and the future. *European Journal of Palliative Care*. 2008; 15(4):186-189.
- ⁵² Wowchuk SM, Wilson EA, Embleton L, Garcia M, Harlos M, Chochinov HM,; The palliative medication kit: an effective way of extending care in the home for patients nearing death. *J Palliat Med*. 2009; 12(9):797-803.
- ⁵³ Glare P, Virik K, Jones M, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ*. 2003; 327:195-198.
- ⁵⁴ Benner SE, Fetting JH, Brenner MH, et al. A stopping rule for standard chemotherapy for metastatic breast cancer: Lessons from a survey of Maryland medical oncologists. *Cancer Invest* 12:451-455, 1994
- ⁵⁵ Von Roenn JH, Voltz R, Serrie A, et al. Barriers and approaches to the successful integration of palliative care and oncology practice. *J Natl Compr Canc Netw*. 2013;11:S11-S16, (suppl 1)
- ⁵⁶ Schenker Y, Crowley-Matoka M, Dohan D, et al. Oncologist factors that influence referrals to subspecialty palliative care clinics. *J Oncol Pract*. 2014; 10:e37-e44.
- ⁵⁷ Senn S, Harrell F, et al. On wisdom after the event. *J Clin Epidemiol*. 195; 50:749-751.
- ⁵⁸ Weissman D, Meier D, et al. Identifying Patients in Need of Palliative Care Assessment in the Hospital setting. A consensus Report from the center to Advance Palliative Care; *J* 2011, *J Pal Med*.2011.14.10347.
- ⁵⁹ Smith Ak et al. Am I doing the right thing? Provider perspectives on improving palliative care in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2009;54:86-93. 93.e1.
- ⁶⁰ Stone SC, et al. Emergency medicine physicians' perspectives of providing palliative care in an emergency department. *J Palliat Med* 2011;14:1333-1338.
- ⁶¹ Fassbender K, Fainsinger RL, Carson M, Finegan BA,; Cost trajectories at the end of life: the Canadian experience. *J Pain Symptom Manage*. 2009; 38(1):75-80.

-
- ⁶² Higginson IJ, Foley KM, et al. Palliative care: no longer a luxury but a necessity? *J Pain Symptom Manage.* 2009; 38(1):1-3.
- ⁶³ Bendaly EA, Groves J, Juliar B, Gramelspacher GP,; Financial impact of palliative care consultation in a public hospital. *J Palliat Med.* 2008; 11(10):1304-8.
- ⁶⁴ Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, Caust-Ellenbogen M, Litke A, Spragens L, Meier DE,; for the Palliative Care Leadership Centers' Outcomes Group Cost Savings Associated With US Hospital Palliative Care Consultation Programs. *Arch Intern Med.* 2008; 168(16):1783-1790.
- ⁶⁵ Bach PB, Schrag D, Begg CB, et al. Resurrecting treatment histories of dead patients: A study design that should be laid to rest. *JAMA.* 2004; 292:2765-2770.
- ⁶⁶ Earle CC, Ayanian JZ, et al. Looking back from death: The value of retrospective studies of end-of-life care. *J Clin Oncol.* 2006; 24:838-840.
- ⁶⁷ Bonaldi A, Parazzini F, Corli O, Lodetti L,; Studio Progetto Piano Urbano, Palliative care at home in cancer patients in Milan. *European Journal of Palliative Care.* 2009 ; 16(1):40-42
- ⁶⁸ Chvetzoff G, Perol D, Devaux Y, Lancry L , Rebattu P, Magnet M, Dubost E, Bertrands M, Garcon C, Thevenet G, Gobet S, Arbiol E, Saltel P, ; Étude prospective de qualité des soins et de qualité de vie chez des patients cancéreux en phase palliative, en hospitalisation ou à domicile : analyse intermédiaire de l'étude Trapado. *Bulletin du Cancer.* 2006; 93(2):213-21
- ⁶⁹ Seow H, et al. Impact of community based, specialist palliative care teams on hospitalisations and emergency department visits late in life and hospital deaths: a pooled analysis. 2014;348:g3496.
- ⁷⁰ Thomas CR, et al. Prospective, Interdisciplinary Randomized Clinical Trials for Patients With Cancer in the Emergency Department A Step Forward for Palliative Oncology Care. *JAMA Oncol.* 2016;2(5):598.

